



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安尊优人生全球（升级版）医疗保险合同”内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后10日内您可以要求全额退还保险费.....1.6
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利.....5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容..... 2.1、2.2、2.3、3.2、3.3、4.1、6.1、6.2、7
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ❖ 您在接受部分医疗项目前，应通知我们，并经我们同意后方可就治疗，否则我们承担的保险责任将会减少，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的.....2.2
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3.2
- ❖ 请留意条款所称各类医院的特定含义.....2.1、7.4、7.5、7.45
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....7
- ❖ 本主险合同的保险期间为1年.....1.7



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。条款目录如下：

1. 您与我们的合同	6.3 合同内容变更	7.23 次限额
1.1 合同构成	6.4 联系方式变更	7.24 每次治疗
1.2 合同成立与生效	6.5 效力终止	7.25 保险金额
1.3 保险对象	6.6 争议处理	7.26 全球紧急救援
1.4 投保年龄	7. 释义	7.27 既往症
1.5 保障区域	7.1 同时参保	7.28 遗传性疾病
1.6 犹豫期	7.2 周岁	7.29 先天性畸形、变形或染色体异常
1.7 保险期间	7.3 有效身份证件	7.30 贵金属
2. 我们提供的保障	7.4 医院	7.31 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）
2.1 保障计划和医疗机构	7.5 特定医院	7.32 醉酒
2.2 保险责任	7.6 住院	7.33 毒品
2.3 责任免除	7.7 意外伤害	7.34 潜水
2.4 其他免责条款	7.8 保险事故	7.35 攀岩
3. 如何申请领取保险金	7.9 住院医疗费用	7.36 探险
3.1 受益人	7.10 医学必要	7.37 武术比赛
3.2 保险事故通知	7.11 专业护士	7.38 特技表演
3.3 保险金申请	7.12 社会医疗保险	7.39 职业病
3.4 保险金的给付	7.13 门诊急诊医疗费用	7.40 医疗事故
3.5 诉讼时效	7.14 物理治疗及其他特殊治疗	7.41 酒后驾驶
4. 如何支付保险费	7.15 顺势治疗	7.42 无合法有效驾驶证驾驶
4.1 保险费的支付	7.16 针灸治疗	7.43 无有效行驶证
4.2 保险费率调整	7.17 精神疾病治疗	7.44 机动车
5. 如何解除保险合同	7.18 注意缺陷症	7.45 直接结算医院
5.1 合同解除	7.19 注意缺陷多动障碍	7.46 现金价值
6. 其他需要关注的事项	7.20 感染艾滋病病毒或患艾滋病	
6.1 明确说明与如实告知	7.21 耐用医疗设备购买或租赁费	
6.2 年龄错误	7.22 中草药费用	

附页：可提供第二诊疗意见的疾病
附表：平安尊优人生全球（升级版）
医疗保险计划表

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 **合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安尊优人生全球（升级版）医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 **合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保、并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。
- 1.3 **保险对象** 在中华人民共和国境内居住的所有国籍人士均可作为本主险合同的被保险人。非中华人民共和国国籍的被保险人需持有中华人民共和国政府部门的工作签证或拥有中华人民共和国境内居留证或长期居住权，并提供中华人民共和国境内固定居住地址。
被保险人的家庭成员若满足上述条件，可以与被保险人**同时参保**（见7.1）本保险。家庭成员仅指投保时具有合法婚姻关系的配偶及其未婚子女。
- 1.4 **投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见7.2）计算。
本产品接受的投保年龄为0周岁至65周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。但被保险人年满65周岁后、80周岁前（含80周岁），如您在上一个保险期间届满60日内提出重新投保申请、且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。
投保时被保险人未满18周岁的，应当与其父母（或其中一人）同时参保。
- 1.5 **保障区域** 本主险合同的保障区域分为中国大陆、中国大陆及港澳台、亚洲、全球除美国和加拿大、全球，您可以在投保时选定。
- 1.6 **犹豫期** 自您签收本主险合同次日起，有10日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见7.3）。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本主险合同即被解除，合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。
- 1.7 **保险期间** 本主险合同的保险期间为1年。保险期间届满后，若您要继续享有本产品提供的保障，您需要重新投保。
若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

② 我们提供的保障

- 2.1 **保障计划和医疗机构** 本主险合同的投保计划由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。各保障计划的保险金限额、各类**医院**（见7.4）对应的保险金给付比例见附表。

本主险合同中所称医院分为以下两类：

(一) 全额赔付医院

如被保险人在全额赔付医院就医，对于保险责任范围内的医疗费用，给付比例为 100%。符合医院定义但不属于如下所述特定医院的，皆为全额赔付医院。

(二) 特定医院（见 7.5）

如被保险人在特定医院就医，对于保险责任范围内的医疗费用，给付比例为 0%、80%或 100%，具体给付比例由您在投保时选择确定。

2.2 保险责任

在本主险合同有效期内，我们承担如下保险责任：

等待期

被保险人因疾病需要**住院**（见 7.6）治疗或接受门诊治疗的，自本主险合同生效日起 30 日为等待期；被保险人因精神疾病需要住院治疗或接受门诊治疗的，自本主险合同生效日起 10 个月为等待期；被保险人因疾病需要牙科门诊治疗的，自本主险合同生效日起 3 个月为等待期。

以下两种情形，无等待期：

- (1) 因**意外伤害**（见7.7）发生上述情形的；
- (2) 您在上一保险期间届满 60 日内重新投保本产品的。

被保险人在等待期内发生的**保险事故**（见 7.8），我们不承担给付保险金的责任。

如果在等待期后发生保险事故，我们承担下列保险责任：

住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院确诊必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的**住院医疗费用**（见7.9），在扣除被保险人已按**社会医疗保险**（见7.12）或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后，我们按被保险人所住医院的类别对应的给付比例，在各项费用的年限额、日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、日限额及最高给付日数见附表。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人住院累计180日内发生的上述各项费用承担保险责任。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照上述给付比例，在各项费用的年限额和日限额范围内给付住院医疗保险金，但累计给付日数以各项责任对应的最高给付日数为限，各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限。

对于被保险人因特殊疾病或项目、特殊门诊、牙科原因在医院进行住院治疗的，不在住院医疗保险金项下赔付。

门诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害需要门诊急诊治疗的，对于每次在医院治疗发生的合理且必要的**门诊急诊医疗费用**（见 7.13），在扣除被保险人已按**社会医疗保险或公费医疗**有关规定取得的的医疗费用补偿后，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在各项费用的年限额范围内给付门诊医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额见附表。

对于被保险人因特殊疾病或项目、特殊门诊、牙科原因在医院进行门诊急诊治疗的，不在门诊医疗保险金项下赔付。

特殊疾病或项

被保险人在医院进行**物理治疗及其他特殊治疗**（见 7.14）、**精神疾病治疗**

目 医疗保险金

(见 7.17)、因**感染艾滋病病毒或患艾滋病**(见 7.20)进行治疗,或者在 医院进行治疗时发生**耐用医疗设备购买或租赁费**(见 7.21)、**中草药费用** (见 7.22),对于其每次在医院治疗发生的合理且必要的费用,在扣除被 保险人已按社会医疗保险或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后, 我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例,在各项费用的年限额、 **次限额**(见 7.23)、最高给付次数以及最高给付日数范围内给付特殊疾 病或项目医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、次限额、最高给 付次数以及最高给付日数见附表。

特殊门诊医疗 保险金

被保险人在医院进行门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗,对于 其每次在医院治疗发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用,在扣除被保险 人已按社会医疗保险或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后,我们 按被保险人所在医院的类别对应的给付比例,在年限额范围内给付特殊门 诊医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额见附表。

牙科意外医疗 保险金

被保险人因意外伤害需要牙科治疗的,对于在该意外伤害发生之日起 7 日 内,在医院牙科门、急诊治疗原本完整无损的、未经过任何治疗的自身牙 齿而发生的合理且必要的紧急治疗和修复的费用(不包括牙科例行检查和 牙病的诊治),在扣除被保险人已按社会医疗保险或公费医疗有关规定取 得的的医疗费用补偿后,我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比 例,在年限额范围内给付牙科意外医疗保险金。本项保险金的给付比例、 年限额见附表。

可选责任: 牙科疾病医疗 保险金

被保险人因患牙科疾病需要牙科门诊治疗的,对于每次在医院治疗发生的 下列合理且必要的牙科门诊医疗费用,在扣除被保险人已按社会医疗保险 或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后,我们按如下责任对应的给 付比例,在年限额范围内给付牙科疾病医疗保险金:

(一)基本牙科治疗:简单补牙(包括银汞合金或复合树脂充填)、简单 拔牙、牙周治疗(包括牙周刮治、牙根平整术等)。

(二)重大牙科治疗:指根管治疗(包括麻醉和拍片费用)、牙冠修复、 义齿(包括化验和麻醉费用)、智齿拔除。

本项保险金的给付比例、年限额见附表。

可选责任: 眼科护理保险 金

对于被保险人发生的约定范围内的合理且必要的眼科费用,我们在本主险 合同约定的年限额范围内给付眼科护理保险金:

(一)眼镜费:指购买框架眼镜或隐形眼镜的费用(每保单年度限一次), 不包括太阳镜及相关配件的费用。

(二)眼科检查费:指因上述配镜需要发生的眼科常规检查和视力检查费 (每保单年度限一次)。

最高给付金额

对于上述各项保险责任,被保险人不论一次或多次在医院进行治疗,我们 均按上述约定给付各项保险金,但各项费用的累计给付金额以不超过各对 应项最高给付金额为限,各项费用的累计给付金额达到其各对应项费用最 高给付金额时,我们对被保险人的该项保险责任终止;各项费用的累计给 付日、次数以不超过各对应项最高给付日、次数为限,各项费用的累计给 付日、次数达到其对应项最高给付日、次数时,我们对被保险人的该项保 险责任终止;累计给付金额以不超过被保险人的**保险金额**(见 7.25)为限, 累计给付金额达到保险金额时,我们对被保险人的保险责任终止。保险金 额见附表。

补偿原则 对于上述各项保险金，若被保险人已从社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构以及其他机构或个人取得补偿的，我们将按上述约定的赔偿范围、给付比例、费用限额、最高给付日数及最高给付次数计算得出的金额给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

第二诊疗意见 被保险人初次罹患附页所列的 18 种疾病，可通过本公司联系全球的医生提供第二诊疗意见。

全球紧急救援 在本主险合同有效期内，被保险人需要紧急救援的，可拨打 24 小时救援热线电话，我们将通过授权的救援机构提供**全球紧急救援**（见 7.26）服务。

预授权 被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过服务热线向我们提出预授权申请：

- （一）单价大于 5000 元的单项检查；
- （二）单价大于 10000 元的药品；
- （三）单价大于 10000 元的耐用医疗设备；
- （四）购买或租用胰岛素泵及其配套器械；
- （五）所有住院治疗和手术治疗（含门诊手术）；
- （六）首次门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗治疗；
- （七）家庭护理/临终关怀。

紧急情况下，如被保险人未能及时获得预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后 48 小时之内通知我们。

被保险人在进行上述治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，对于被保险人发生的合理且必要的医疗费用，我们将按合同约定的赔偿范围、赔付比例、费用限额、最高给付日数及最高给付次数计算得出的金额，再乘以 60%的比例给付保险金。

2.3 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人所患**既往症**（见 7.27）及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；
- （二）**遗传性疾病**（见 7.28），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7.29）引起的医疗费用；
- （三）疗养、视力矫正手术、本主险合同中未列明的健康体检项目、非意外事故所致整容手术；
- （四）各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、对皮肤表面无囊肿形成或无脓肿的痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸费用；
- （五）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；
- （六）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；
- （七）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前后检查以及由以上原因引起的并发症；
- （八）包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- （九）美白牙齿，以美容为目的的牙齿处理、种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面以及任何牙科治疗过程中使用的**贵金属**（见 7.30）材料的相关费用；

(十) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(十一) 本主险合同中未列明的耐用医疗设备的购买或租赁费用；

(十二) 被保险人患性病引起的医疗费用；

(十三) 未经医生处方自行购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 90 天部分的药品费用；

(十四) 使用如下大型医疗设备：

- 1、单光子发射电子计算机扫描装置（SPECT）；
- 2、电子束 CT（Electron Beam CT）；
- 3、微电极导向立体定向术设备；
- 4、非临床诊疗必须，效果不确定的诊疗项目；
- 5、热敏成像、毛发检测、重金属过滤或矿物研究；
- 6、医用直线加速器。

(十五) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）（见 7.31）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

(十六) 超出通常惯例的医疗费用；

(十七) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十八) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(十九) 被保险人殴斗、**醉酒**（见 7.32），主动吸食或注射**毒品**（见 7.33）；

(二十) 从事**潜水**（见 7.34）、跳伞、**攀岩**（见 7.35）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见 7.36）、**武术比赛**（见 7.37）、摔跤比赛、**特技表演**（见 7.38）、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；

(二十一) 由于**职业病**（见 7.39）、**医疗事故**（见 7.40）引起的医疗费用；

(二十二) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.41）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.42）或驾驶**无有效行驶证**（见 7.43）的**机动车**（见 7.44）导致交通意外引起的医疗费用；

(二十三) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(二十四) 冒名住院、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(二十五) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(二十六) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物。

2.4 其他免责条款 除“2.3 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.2 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“6.2 年龄错误”、“7 释义”及附表中背景突出显示的内容。

③ 如何申请领取保险金

3.1 受益人 除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。如果您或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故

发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

保险金申请方式

受益人可通过以下两种方式向我们申请保险金：

（一）医疗费用直接结算

被保险人向我们申请直接结算，我们同意的，对于被保险人在**直接结算医院**（见 7.45）发生的保险责任范围内的医疗费用，我们将与该医院直接结算。此方式不支持特殊疾病或项目医疗保险金的申请。

被保险人在直接结算医院就诊并进行直接结算的，对于不属于保险责任范围内的医疗费用、超过相应费用限额的医疗费用、应当由被保险人按比例自付的医疗费用，或者应从保险金中扣减的欠交保费等，上述费用应由被保险人负担但该医院未向其收取的，在接到本公司通知后，被保险人应当将上述相应款项退还本公司。

（二）保险事故发生后申请给付保险金

受益人还可于保险事故发生后向我们申请给付保险金。

保险金申请所需材料

由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

（一）保险合同；

（二）受益人的有效身份证件；

（三）医院出具的入出院证明或门诊证明；

（四）医院出具的医疗诊断书及住院或门诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、病历（若申请手术费用保险金还需提供手术费用的原始凭证）；

（五）检查检验报告及药品明细和处方；

（六）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

3.4 保险金的给付

我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。如我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，上述 30 日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自我们作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到受益人的保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

被保险人在境外发生医疗费用，我们的各项保险金均按医疗费用结算清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的人民币汇率中间价换算成人民币支付。

被保险人需要第二诊疗意见或全球紧急救援的，可由我们按合同约定提供有关服务。

- 3.5 诉讼时效 受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

④ 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付 本主险合同的费率按照被保险人年龄、是否有社会医疗保险或公费医疗及投保时您所选计划确定。

无理赔重新投保

在任何一个保单年度内，如受益人未向我们申请给付保险金，则在该保险期间届满60日内重新投保时可享受无理赔重新投保费率折扣，该折扣基于受益人连续多少年未向我们申请给付保险金。

无理赔重新投保费率折扣将适用重新投保时被保险人对应的保费：

仅上一年无理赔：10%折扣

连续两年无理赔：15%折扣

连续三年及以上无理赔：20%折扣

如果受益人已享受无理赔重新投保费率折扣支付了保险费，其后递交以前保单年度的保险金给付申请、导致不符合无理赔条件的，我们将从保险金或应退还的**现金价值**（见7.46）中扣除对应保单年度已享受的无理赔重新投保费率折扣。如果上述扣除不足以抵扣无理赔重新投保费率折扣，我们有权要求您支付剩余的无理赔重新投保费率折扣。

- 4.2 保险费率调整 您的保费会随着您的年龄增长而上升。同时，我们每年都会检视费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本主险合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。我们进行保险费率调整后，您须按调整后重新投保当时的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。如果您不同意费率调整的，您可以放弃重新投保本保险。

⑤ 如何解除保险合同

- 5.1 合同解除 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

（一）保险合同；

（二）您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本主险合同的现金价值。

您申请解除合同会遭受一定损失。

解除合同后，您会失去原有的保障。

同时参保情况下的合同解除

同时参保情况下，您可以为同时参保的所有被保险人或者部分被保险人申请解除保险合同。

若您为同时参保的所有被保险人申请解除保险合同，则整个合同解除，我们对同时参保的所有被保险人的保险责任全部终止，并退还本主险合同的现金价值。

若您为同时参保的部分被保险人申请解除保险合同，我们对这部分被保险人的保险责任终止，并退还其主险合同的现金价值。若剩余的被保险人中有不符合“1.4 投保年龄”限制的，我们对这部分被保险人的保险责任终止，并退还其主险合同的现金价值；对于符合“1.4 投保年龄”限制的被保险人，我们仍承担保险责任。

⑥ 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知**
- 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容，对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们会就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 年龄错误**
- 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- （一）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值。
- （二）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
- （三）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
- 6.3 合同内容变更**
- 本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容，变更本主险合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立变更的书面协议。
- 6.4 联系方式变更**
- 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.5 效力终止**
- 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
- （一）被保险人身故；
- （二）本主险合同中列明的其他合同解除的情形。

6.6 争议处理 本主险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向有管辖权的法院提出诉讼。

7 释义

7.1 同时参保 指两名或两名以上家庭成员作为被保险人，填写同一张投保单申请本主险合同，且被我们同意承保的情况。同时参保的家庭成员应当选择相同保障责任和同一档次的保障水平。

7.2 周岁 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

7.3 有效身份证件 指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

7.4 医院 指全球范围内在当地合法注册的医疗机构。但不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

7.5 特定医院 指超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医院。被保险人在该类医院就医时，本公司将不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我方会跟踪分析并适时更新和公布特定医院。特定医院发生变更时，我们会通知您，您也可以通过我们的服务电话或网站查询。

7.6 住院 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

7.7 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

7.8 保险事故 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

7.9 住院医疗费用 指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：
1、**床位费**：住院期间实际发生的床位费，床位费的最高赔付标准见计划表。未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。
2、**膳食费**：住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。非医疗账单内的膳食费发票，需要出具医院加盖公章认可的证明，我们对膳食费发票金额的 60%承担保险责任。
3、**护理费**：住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

4、**检查检验费**：住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

5、**治疗费**：指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

6、**药品费**：住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。

7、**医生费**：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

8、**非器官移植手术费**：住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的除器官移植手术以外的其他手术产生的合理的手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

9、**器官移植手术费**：住院期间出于**医学必要**（见 7.10）被保险人作为受体接受肾脏、肝脏、心脏、肺以及造血干细胞移植手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

10、**重症监护室床位费**：住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

11、**家庭护理费**：指根据医生建议，接受住院治疗的被保险人出院后必须立即在家中接受由**专业护士**（见 7.11）提供的护理而产生的相关合理且必要的护理费用。**每个保单年度内家庭护理费的最高给付日数见附表，不受住院最高给付日数 180 日的限制。**

12、**临终关怀医疗费**：指被保险人通过医生诊断患有属于保险责任范围内的终末期疾病，并在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构进行的由各科医生组成的医疗团队对被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的相关合理且必要的住院费用。终末期疾病指经医院医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医院医生认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在 6 个月以下。

13、**救护车使用费**：指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且**救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗运送。**

7.10 医学必要

指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- 1、医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- 2、在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- 3、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- 4、非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- 5、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- 6、非试验性或研究性。

7.11 专业护士

指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

7.12	社会医疗保险	本主险合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
7.13	门诊急诊医疗费用	指被保险人在医院进行门诊急诊发生的医疗费用，包括： <ol style="list-style-type: none"> 1、医生诊疗费：指被保险人门、急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。 2、治疗费：指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。 3、检查检验费：指门、急诊发生的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。 4、药品费：被保险人每次门、急诊发生的，合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用。 5、门诊手术费：指门、急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。 6、激素替代治疗费：指女性被保险人因人工诱发或于 40 周岁之前出现女性更年期综合症而进行激素替代治疗的相关合理且必要的医疗费用。 7、救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗转送。
7.14	物理治疗及其他特殊治疗	指被保险人在医院由具有相应资格的医生进行物理治疗、推拿、 顺势治疗 （见 7.15）、 针灸治疗 （见 7.16）、职业疗法或语音治疗。
7.15	顺势治疗	一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。
7.16	针灸治疗	由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。
7.17	精神疾病治疗	被保险人因患精神疾病（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医疗机构进行治疗，包括但不限于对贪食症、厌食、 注意缺陷症 （见 7.18）和 注意缺陷多动障碍 （见 7.19）的治疗。
7.18	注意缺陷症	一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。
7.19	注意缺陷多动障碍	一种常见的儿童精神障碍，主要表现为注意力涣散、活动过多和冲动任性等问题或伴有其他相关精神障碍，但只有当这些表现超出了儿童年龄和发育的正常范围才能诊断为注意缺陷多动障碍。
7.20	感染艾滋病病毒或患艾滋病	艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。 在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

7.21	耐用医疗设备购买或租赁费	指根据医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备购买或租赁费，本项责任下承担的耐用医疗设备包括： 1、外置胰岛素泵； 2、脚托、臂托、颈背托或束带； 3、轮椅（非电动轮椅）； 4、义乳（仅限患乳腺癌并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）； 5、助听器； 6、外置心脏起搏器； 7、便携式雾化器。 每一个保单年度因同一种耐用医疗设备给付保险金仅限一次。
7.22	中草药费用	指住院或门急诊发生的中草药费用，不包括滋补类中草药。 滋补类中草药是指以提高人体免疫力为主要用途的单味使用的中草药及成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗。
7.23	次限额	被保险人 每次治疗 （见 7.24）发生的保险责任范围内的费用的最高赔付限额。
7.24	每次治疗	被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。
7.25	保险金额	指我们承担相应赔偿或者给付保险金责任的最高限额。
7.26	全球紧急救援	指国际紧急救援和国内紧急救援，您可以通过我们的服务电话或网站查询最新的国际和国内紧急救援服务内容。
7.27	既往症	指在本主险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况： 1、本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断； 2、本主险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况； 3、本主险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
7.28	遗传性疾病	指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
7.29	先天性畸形、变形或染色体异常	指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。
7.30	贵金属	指在牙科填充、镶牙、烤瓷牙以及治疗中使用的贵金属元素的材料，包括金、银和铂族金属（钌、铑、钯、铱、铟、铂）材料或贵金属合金，如金铂钯系合金，金铂系合金及铂银系合金等。
7.31	《疾病和有关健康问题的国际统	指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的

	计分类》(ICD-10)	方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，(ICD-10) 是该分类第 10 次修订本的简称。
7.32	醉酒	指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
7.33	毒品	指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
7.34	潜水	指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
7.35	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.36	探险	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
7.37	武术比赛	指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.38	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.39	职业病	指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。
7.40	医疗事故	指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。
7.41	酒后驾驶	指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
7.42	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： 1、没有取得驾驶资格； 2、驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； 3、持审验不合格的驾驶证驾驶； 4、持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
7.43	无有效行驶证	指下列情形之一： 1、未取得行驶证； 2、机动车被依法注销登记的； 3、未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
7.44	机动车	指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
7.45	直接结算医院	在本主险合同中列明的可提供直接结算服务的医院，不同的保障责任可能

会对应不同的直接结算医院。直接结算医院发生变更时，我们会通知您，您也可以通过我们的服务电话或网站查询。对部分直接结算医院我们还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话查询并进行预约。

7.46 现金价值

现金价值的计算分两种情况：

(1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{保险期间的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 上一保险期间届满 60 日内重新投保的：

现金价值=保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

附页：

可提供第二诊疗意见的疾病

1. 恶性肿瘤
2. 冠心病
3. 脑中风
4. 重要器官移植
5. 急性或亚急性重症肝炎
6. 慢性肝功能衰竭
7. 慢性肾功能衰竭
8. 再生障碍性贫血
9. 良性脑肿瘤
10. 原发性肺动脉高压
11. 多发性硬化症
12. 主动脉手术
13. 帕金森氏病
14. 系统性红斑狼疮
15. 原发性心肌病
16. 心脏瓣膜手术
17. 脑损伤
18. 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

附表：

平安尊优人生全球（升级版）医疗保险计划表

单位：人民币元

	计划一	计划二	计划三	计划四	计划五
保障区域	中国大陆	中国大陆及港澳台地区	亚洲	全球除美国和加拿大	全球
保险金额	400万	600万	800万	800万	800万
全额赔付医院赔付比例	100%	100%	100%	100%	100%
特定医院赔付比例	0%、80%或100% 由您投保时选择确定	0%、80%或100% 由您投保时选择确定	0%、80%或100% 由您投保时选择确定	0%、80%或100% 由您投保时选择确定	100%
直接结算服务	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供
各项责任	最高给付金额（人民币元）				
住院医疗保险金	年限额 400万	年限额 600万	年限额 800万	年限额 800万	年限额 800万
1. 床位费（含加床费）	标准病房内全额赔付	标准病房内全额赔付	标准病房内全额赔付	标准病房内全额赔付	标准病房内全额赔付
	注：标准病房指中国大陆境内的标准单人病房、中国大陆境外的标准半私病房或者价格低于3000元/日的标准单人病房。				
2. 膳食费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
	注：根据条款约定，我们可能不承担膳食费或按60%承担膳食费，请留意条款中详细约定。				
3. 护理费、检查检验费、治疗费、药品费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
4. 医生费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
5. 手术费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
6. 重症监护室床位费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
7. 家庭护理费（限90日/年）	无	无	年限额5万	年限额10万	年限额20万
8. 临终关怀医疗费（限45日/年）	无	无	无	年限额10万	年限额20万
9. 救护车使用费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
门诊医疗保险金	年限额10万	年限额15万	年限额20万	年限额30万	年限额50万
1. 医生诊疗费、检查检验费、治疗费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
2. 药品费	年限额2万	年限额3万	年限额4万	全额理赔	全额理赔
3. 门诊手术费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
4. 激素替代治疗费	无	年限额3万	年限额6万	全额理赔	全额理赔
5. 救护车使用费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
特殊疾病或项目医疗保险金					
1. 物理治疗及其他特殊治疗费、中草药费用	限10次/年，且每次限额500	限10次/年，且每次限额800	限10次/年，且每次限额1000	限15次/年，且每次限额2000	限15次/年，且每次限额2000
2. 精神疾病治疗费（住院限30日/年，门诊限20次/年）	无	年限额10万	年限额15万	年限额20万	年限额20万

3. 艾滋病治疗费	无	无	无	年限额 10 万	年限额 20 万
4. 耐用医疗设备购买或租赁费	年限额 2 万	年限额 2 万	年限额 2 万	年限额 3 万	年限额 3 万
特殊门诊医疗保险金					
1. 门诊肾透析, 门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗	年限额 20 万	年限额 20 万	年限额 20 万	年限额 50 万	年限额 50 万
牙科意外医疗保险金					
1. 因意外伤害导致的牙科治疗	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
第二诊疗意见	提供	提供	提供	提供	提供
全球紧急救援	提供	提供	提供	提供	提供
可选责任计划: 牙科疾病医疗保险金+眼科护理保险金	可选计划一		可选计划二		可选计划三
牙科疾病医疗保险金 因疾病导致的牙科治疗, 包括: (1)基本牙科治疗(按 80% 比例赔付) (2)重大牙科治疗(按 50% 比例赔付)	年限额 3000		年限额 5000		年限额 8000
眼科护理保险金 包括: 1. 眼镜费(框架眼镜或隐形眼镜任选其一) 2. 因上述配镜需要发生的眼科常规检查及视力检查费	无		年限额 1000 每个保单年度限一次		年限额 3000 每个保单年度限一次
注: 如您投保时选择的特定医院赔付比例为 0%, 则您选择的可选责任在特定医院的赔付比例亦为 0%; 如您投保时选择的特定医院赔付比例为 80%或 100%, 则您选择的可选责任中, 牙科疾病责任的赔付比例仍为上表中的 80%或 50%, 眼科护理责任的赔付比例为 100%。					